

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THESE

N° 569

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Bernard-Marie-Alphonse LESOURD

Né le 26 Octobre 1904, Le Mans (Sarthe)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT RADIO-CHIRURGICAL
DES

TUMEURS MALIGNES

DU MASSIF FACIAL

Président : M. ROUSSY, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

Année 1931

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Bernard-Marie-Alphonse LESOURD

Né le 26 Octobre 1904, Le Mans (Sarthe)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT RADIO-CHIRURGICAL
DES
TUMEURS MALIGNES
DU MASSIF FACIAL

=====
Président : M. ROUSSY, Professeur
=====

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale..	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ CUNEO.
	{ LEJARS.
Clinique ophtalmologique	{ GOSSET.
Clinique urologique	{ TERRIEN.
	{ LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	{ MAUCLAIRE.
	{ MULON.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâ-
trie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BENARD Henri . Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgica-
le.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgica-
le.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT .. Physiologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
ECALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER Pathologie chirurgica-
le.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HARVIER Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HOVELACQUE .. Anatomie.
HUGUENIN Anatomie pathologi-
que.
HUTINEL Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.

MM.

LABBE (Henri) . Chimie biologique.
LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgica-
le.
LEVY-VALENSI . Neurologie et psychiâ-
trie.
LIAN Pathologie médicale.
MILLOT Histologie.
MONDOR Pathologie chirurgica-
le.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgica-
le.
MOURE Pathologie chirurgica-
le.
OBERLING Anatomie pathologi-
que.
OLIVIER Anatomie.
PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUENU Pathologie chirurgica-
le.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
EZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VAUDESCAL ... Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VERNE Histologie.
VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUENIOT Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologi-
que.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTNERER Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME ET A MES DEUX FILS

CHRISTIAN ET ROBERT

A LA MEMOIRE DE MA MERE

*Faible hommage à son cher
souvenir.*

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR VITAL LESOURD.

A MON FRERE

A MON ONCLE

LE PROFESSEUR A. LABBÉ.

*Qui me dirigea dans mes
études.*

A MES BEAUX-PARENTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR ROUSSY,

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOSPICE PAUL-BROUSSE

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DU CANCER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A. M. LE DOCTEUR GAUDUCHEAU

MÉDECIN RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX DE NANTES
DIRECTEUR DU CENTRE RÉGIONAL DE LA LUTTE
CONTRE LE CANCER

*Qui a bien voulu nous confier
ce travail, et nous prouver en
toutes circonstances l'appui cons-
tant de son inépuisable bienveil-
lance.*

A M. LE DOCTEUR LEVESQUE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX
DE NANTES

*A qui nous devons les éléments
de cette thèse.*

*Témoignage de notre profonde
reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR DANO

MÉDECIN RADIOLOGISTE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX
DE NANTES

*Qui nous prodigua ses conseils.
En témoignage de notre respec-
tueuse admiration.*

A MES MAITRES

MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS MIRAILLÉ, GOURDET, G. BUREAU,
GAUDUCHEAU, PASQUEREAU, THIBAUT

*Dont nous avons eu l'hon-
neur d'être l'externe.*

INTRODUCTION

Ce travail, tiré des Archives du Centre anticancéreux de Nantes, est le développement d'une étude présentée récemment par M. le Dr Gauducheau, médecin radiologiste des Hôpitaux, directeur du Centre, en collaboration de M. le Dr Levesque, otorhino-laryngologiste des Hôpitaux de Nantes, sur le traitement radio-chirurgical ou, plus exactement, sur l'alliance de la physiothérapie et de la chirurgie appliquée à un certain nombre de tumeurs malignes du massif facial et du pharynx ¹.

Nous prions notre maître, le Dr Gauducheau, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, de trouver ici l'expression de notre vive gratitude en nous permettant d'exposer dans leur intégrité le précieux enseignement de ses efforts et les résultats si instructifs de la technique employée au Centre depuis plusieurs années.

Nous sommes profondément reconnaissant à M. le Dr Levesque d'avoir bien voulu nous communiquer les documents nécessaires, et nous le remercions des

1. Communication du III^e Congrès international de Radiologie (Paris, 1931), qui sera publié dans les *Archives d'électricité médicale et physiothérapie du cancer*.

conseils qu'il nous prodigua en de nombreuses occasions.

Le nez, centre des néoplasmes malins que nous allons considérer, offre, suivant leur siège, des lésions d'aspects cliniques variés, que nous classerons en deux groupes principaux :

Le cancer des fosses nasales, développé aux dépens de la muqueuse, et se localisant électivement à l'ethmoïde et à la cloison, et le cancer des sinus, dont le plus fréquemment atteint est le sinus maxillaire.

L'évolution de ces tumeurs, gardant chacune ses particularités, nous permettra de conserver cette distinction, et nous aborderons successivement l'étude du cancer de l'ethmoïde, du cancer du maxillaire supérieur et des tumeurs de la cloison, ou des fosses nasales proprement dites. Ce groupement, commode pour la description, ne doit pas nous faire oublier les relations étroites qui existent entre ces tumeurs : les néoplasmes de l'ethmoïde peuvent se propager à la cloison ou envahir secondairement le sinus maxillaire, et réciproquement le sinus peut se compliquer d'atteinte ethmoïdale, ou les bourgeonnements des fosses nasales atteindre l'ethmoïde et la voûte palatine.

Toutes ces tumeurs guérissent difficilement par le traitement chirurgical, les cas de guérison sont exceptionnels et ne portent que sur des tumeurs très limitées ayant pu être enlevées en totalité en tissu sain ou après coagulation diathermique. La technique du

curettage, pratiquée si heureusement par le Dr Belot, ne s'applique qu'aux épithéliomas superficiels et non térébrants.

Le traitement par les Rayons X semble avoir donné des résultats dans les cas de tumeurs radio-sensibles ; nous présenterons deux observations de tumeurs lymphoïdes du nasopharynx, publiées l'année dernière par MM. les Drs R. Gauducheau, Levesque et Castagnary¹ qui, après guérison apparente, ne nous permirent pas par la suite d'espérer un bénéfice satisfaisant de l'emploi de la radiothérapie seule.

Le traitement de choix semble être le traitement combiné : chirurgie et radium ou chirurgie et Rayons X, suivant la méthode employée à la Fondation Curie par les Drs Hautant et Monod. Nous nous efforcerons, dans les observations qui vont suivre, de montrer la part qui revient à chacun de ces agents physiothérapiques qui, bien souvent, se complètent pour assurer la stérilisation parfaite des tissus. La technique employée consiste en une exérèse large, aussi complète que possible de la tumeur, et atteignant le tissu sain, suivie immédiatement d'une application judicieuse de radium dans la cavité ou de rayons. Cette application, presque simultanée, est le trait important de la méthode, l'un des principaux facteurs de réussite.

1. « Traitement radiothérapique de quelques tumeurs du nasopharynx », *Gazette médicale de Nantes*, du 15 mars 1930.

Il nous paraît inutile d'indiquer ici les résultats obtenus par le Centre avec la radiothérapie exclusive ou la curiethérapie (seule ou associée aux Rayons X). Le Dr Lainé, dans sa thèse complète sur le Centre¹, en indique le détail et en donne la statistique. Un ou deux exemples nous suffiront à illustrer ce genre de traitement. Nous nous proposons seulement de présenter vingt-six observations de tumeurs du massif facial et du pharynx, dont dix-neuf traitées par la méthode de Hautant et Monod, c'est-à-dire comprenant une intervention. La technique employée dans les premières années était différente de celle que nous avons actuellement, et les observations qui commencent chaque chapitre montrent le tâtonnement des débuts : l'exérèse était suivie, ou même précédée, de Rayons X ou de radium appliqué par voie externe, accompagné ou non de radiothérapie à des doses variables.

L'enseignement donné par la pratique nous permettra de tirer des conclusions avec plus d'assurance, apportant ainsi le résultat des efforts du Centre de Nantes depuis plusieurs années, dans sa lutte contre le cancer.

1. *Le Centre régional de lutte contre le cancer de Nantes*, (1924-1929). R. Lainé, Thèse Paris, 1929.

2. *Communications du III^e Congrès international de Radiologie*, Paris, 1931 : « Traitement des épithéliomas ethmoïdaux orbitaires par l'association chirurgie-curiethérapie. »

I. — TUMEURS DE L'ETHMOIDE

Leurs symptômes sont bien connus ; nous les passerons rapidement en revue. Avant tout, il faut noter l'insidiosité fréquente du début, puis des signes communs à toutes les tumeurs des fosses nasales : l'obstruction persistante d'une narine, un coryza purulent qui devient fétide, accompagné d'épistaxis spontané ou après un traumatisme insignifiant.

L'obstruction nasale peut être plus ou moins complète ; la bouche demeurée ouverte rend le sommeil bruyant, la voix est nasonnée.

Les symptômes douloureux sont inconstants, ils peuvent se borner à une légère sensation de tension intra-nasale, ou revêtent la forme de céphalée tenace, lancinante, pouvant faire songer à une sinusite frontale lorsqu'elles sont fronto-orbitaires, avec souvent des irradiations dans l'hémiface correspondante ressemblant à des névralgies sous-orbitaires ou faciales.

La rhinoscopie antérieure permettra d'apercevoir la tumeur, et l'on se rendra compte au stylet de sa consistance, de son étendue en arrière, de son implantation, et si elle est ou non hémorrhagique. La rhinoscopie postérieure et le toucher nous renseigneront plus exactement sur elle et le degré d'envahissement du cavum.

Généralement, les tumeurs épithéliales du nez ont pour point de départ la région de l'ethmoïde, et les sarcomes ont leurs points d'élection sur la cloison et le cornet moyen. Un de nos malades présentait un myxosarcome ethmoïdal, un autre une tumeur conjonctive en voie d'évolution sarcomateuse, un troisième (que nous ne pouvons malheureusement pas publier, n'ayant eu qu'une intervention sans curiethérapie), avait un sarcome mélanique de la région ethmoïdale (une première biopsie faite auparavant sur un bourgeon du cornet moyen avait été négative). Tous les autres avaient des épithéliomas.

Systématiquement, il faudra rechercher l'existence de bourgeons ethmoïdaux dont l'examen histologique fixera la nature, sans se déclarer satisfait d'avoir rencontré quelques polypes des fosses nasales qui coexistent souvent avec les tumeurs de l'ethmoïde, comme MM. les D^{rs} Hautant et Monod l'ont très heureusement fait remarquer.

L'adénopathie est exceptionnelle, même avec les tumeurs épithéliales ; il faut la rechercher dans la région sous-maxillaire.

Quant aux complications, elles sont de deux sortes : les unes viennent de l'infection des cavités et des canaux voisins, les autres sont causées par l'envahissement des organes ; l'orbite est de bonne heure menacé, on constate du gonflement de l'angle interne de l'œil, les paupières sont tuméfiées et rouges à ce niveau et l'œil est projeté en dehors et en avant.

L'envahissement de la cavité crânienne débute insidieusement et un beau jour, soit spontanément soit à la suite d'une intervention, une méningite emporte le malade.

Technique :

Nous mettrons à part le cas de myxosarcome, traité en 1922 et publié en 1926 par le Dr Gauducheau et notre maître le Dr Texier, chef du service de Laryngologie des Hôpitaux de Nantes ; c'était un des premiers malades du service. Nous ne saurions recommander actuellement la technique qui avait été alors suivie, bien qu'elle ait conduit au succès puisque le sujet se maintient depuis neuf ans en parfait état de guérison.

Nous l'indiquerons cependant pour montrer en quoi elle diffère de celle qui a été depuis lors adoptée.

Ce malade a subi deux interventions à un mois de distance, l'une par les voies naturelles, l'autre par rhinotomie latérale : aucune n'a pu empêcher la récurrence de se produire le mois suivant.

Deux applications de radium ont suivi : l'une un mois après la seconde intervention, la dose était manifestement trop faible, 4,8 mcd ; l'autre deux mois plus tard, avec une dose encore assez faible : 9,36 mcd ; l'une et l'autre durent être faites par curieponcture par les fosses nasales.

Ce myxo-sarcome, inséré sur la région ethmoïdale postérieure et sphénoïdale droite, a cependant guéri.

Il eût sans doute guéri plus facilement encore, traité selon les principes qui nous dirigent actuellement, c'est-à-dire en combinant d'une façon immédiate l'intervention chirurgicale et la curiethérapie.

En 1928, nous traitâmes encore un sarcome sphénoïdal (obs. 2) par curiepointure. Ce malade ne reçut que 4,95 mcd ; les aiguilles furent placées dans le pédicule de la tumeur qui venait d'être enlevée. La guérison persiste depuis trois ans.

En ce qui concerne les épithéliomas de l'ethmoïde, nous avons suivi la méthode que notre maître le Dr Hautant applique dans son service d'hôpital et à la Fondation Curie. C'est lui qui nous a servi de guide et nous a permis de mener à bien le traitement de ces divers malades. Nous sommes heureux de lui en témoigner ici notre vive gratitude.

Rappelons que l'intervention consiste, sous anesthésie générale, en une rhinotomie latérale, avec ablation large des parties malades pour atteindre délibérément les tissus sains. Nettoyage soigneux de toute la cavité ainsi délimitée et application immédiate de radium. Les tubes de 5 mg. Rae. de préférence (plus rarement de 10 mg. Rae.) afin d'obtenir une répartition plus égale des radiations, sont inclus soigneusement dans la gaze goménolée en évitant leur contact immédiat avec les parties osseuses. Filtration de 1 mm. de platine. Les fils de soie correspondant à chaque tube sortent par la narine et permettront de les retirer au bout de quatre à cinq jours nécessaires à l'administration de la dose voulue. Cette dernière a été

respectivement chez nos cinq malades de 7,2, 14,4, 21,6, 22,85, 28,8 mcd (millicuries-détruits). Les sujets auxquels avaient été administrées les doses les plus faibles avaient reçu préalablement des irradiations de 6.000 à 8.000 R sous 180.000 volts et filtration de 0,5 mm. de cuivre et 3 mm. d'aluminium.

Evolution et complications. — Ce traitement est, en général, bien supporté, mais non toujours sans réaction fébrile allant parfois jusqu'à 39°. Au quatrième ou au cinquième jour, les tubes et la gaze sont retirés par la narine. La plaie opératoire se ferme par première intention. Le seul malade qui ait succombé a fini dans le coma hyperthermique (40°4) six jours après l'intervention. Il se plaignait d'ailleurs d'une céphalée violente, avant l'opération, pouvant faire penser à une propagation cérébrale de la tumeur.

Comme complication, un de nos sujets a présenté des phénomènes de compression du nerf optique avec perte totale de la vision de ce côté. Chez un autre, nous avons noté une diplopie passagère sans suite grave.

Les examens histologiques ont été pratiqués au laboratoire de l'Ecole de Médecine par MM. le Pr A. Monnier et le Dr Castagnary.

Sur nos sept malades il y avait, en dehors du myxosarcome :

Une tumeur conjonctive à évolution sarcomateuse;

Un épithélioma cylindrique glanduliforme;

Un épithélioma spino-cellulaire;

Deux épithéliomas à cellules atypiques;

Un épithélioma cylindrique papillaire.

Un seul malade a succombé après l'intervention :
il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire (obs.
Gu..., fiche 42972).

Un cas se maintient guéri depuis quatre ans (fiche
40.708);

Deux cas se maintiennent guéris depuis trois ans
(fiche 43.235 et fiche 40.865);

Un cas se maintient guéri depuis deux ans (fiche
45.057);

Un cas se maintient guéri depuis un an (fiche
47.066).

Le cas de myxosarcome se maintient guéri depuis
neuf ans (obs. A. J.).

Si chez deux de nos malades nous avons pratiqué
des irradiations préopératoires de radiothérapie péné-
trante, nous sommes assez porté à penser actuelle-
ment qu'elles ne sont peut-être pas indispensables et
que l'intervention assez large immédiatement suivie
d'inclusion de tubes de radium suffit en général à sté-
riliser les épithéliomas de l'ethmoïde, quand ils ne
sont pas trop avancés.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — *Volumineux myxo-sarcome de la région ethmoïdo-sphénoïdale droite. Traitement chirurgical et curiepuncture. Guérison. Août 1922.*

M. A. J..., 17 ans, habitant La Chaize-le-Vicomte, nous est adressé par notre confrère le Dr Acher-Dubois, de La Roche-sur-Yon, au mois d'août 1922.

Ce malade présente une obstruction nasale très prononcée, datant de plusieurs mois : la respiration est très pénible et doit se faire exclusivement par la bouche.

A l'examen, on constate que la fosse nasale droite est complètement obstruée par une tumeur dure et en partie sphacélée, très saignante au stylet.

Par la fosse nasale gauche, on aperçoit la tumeur obstruant la choane, Le voile du palais est abaissé et la rhinoscopie postérieure permet de constater que tout le naso-pharynx est occupé par la masse néoplasique.

En examinant avec soin, au stylet et au doigt, les contours de la tumeur, on arrive à fixer sa zone d'insertion au niveau des régions ethmoïdale postérieure et sphénoïdale droites.

23 août 1922 : Extraction par les voies naturelles : en procédant comme pour les polypes fibreux des fosses nasales, on extrait la plus grande partie du néoplasme

sans arriver à pouvoir débarrasser complètement la zone d'insertion.

27 septembre 1922 : Rhinotomie latérale de Moure : on résèque le plus largement possible l'orifice osseux de la narine droite et la branche montante du maxillaire supérieur pour avoir une large voie d'accès sur la région ethmoïdale-sphénoïdale. On arrache aussi complètement que possible des débris néoplasiques, très friables et très saignants.

Octobre 1922 : Un nouvel examen permet de constater que la tumeur récidive et nous décidons, avec notre confrère le Dr Gauducheau, d'essayer la curiethérapie.

Première application : du 28 au 30 octobre 1922, soit 48 heures. Quatre aiguilles de chacune 3 mgr. R. F. ont été piquées dans la zone d'insertion. Les fils de contention sortant par la narine sont fixés à la joue. Un tamponnement par mèche bloque les aiguilles. Filtration 0,3 mm. or platiné.

La dose administrée a été de 4,8 millicuries détruits

Le malade a été assez fatigué pendant la quinzaine suivante. Au bout d'un mois, la tumeur avait fortement diminué.

Revu le 10 janvier 1923, la zone d'insertion nous paraissant encore suspecte, nous décidons de recommencer les applications de radium.

Deuxième application : du 12 au 15 janvier, soit 36 heures. Sept aiguilles, dont :

4 de 3,33 R. A. = 7,20 mcd.

3 de 1,33 R. A. = 2,16 mcd.

Total 9,36 millicuries détruits.

Cette application fut beaucoup mieux supportée que la première. Le malade, revu deux mois après cette seconde application, s'était transformé au point de vue général.

L'examen de la fosse nasale ne montre pas de récédive de la tumeur. Il existe une légère rhinite atrophique avec quelques croûtes.

Ce malade fut revu régulièrement et la guérison semble devoir se maintenir.

Revu le 26 octobre 1925, très bon état général ; pas de trace de récédive.

Examen histologique pratiqué par les docteurs A. Monnier et Castagnary.

Sur la coupe, on remarque deux sortes de groupements cellulaires :

1° Cellules étoilées avec trame intercellulaire ; muqueuse (tissu muqueux).

2° Second groupe où les cellules sont disposées sans ordre, variables de forme et de volume, ayant dans l'ensemble une forme allongée, mais devenant, çà et là, polymorphes. On trouve des noyaux irréguliers, monstrueux, bourgeonnants. Certains éléments sont en état de karyokinèse anormale.

Enfin il existe des vaisseaux néoformés et des lacunes, dont l'endothéliome est formé par des cellules tumorales. Tous ces caractères rappellent un tissu sarcomateux jeune en voie d'évolution : myxo-sarcome.

Aux dernières nouvelles, le malade se portait très bien tant au point de vue général qu'au point de vue local.

Obs. 2. — *Epithélioma atypique de l'ethmoïde et du maxillaire supérieur droit. Chirurgie et radium. Guérison depuis 4 ans.*

Mme M..., 57 ans, Fiche O. R. L. 40708. Août 1926.

En août 1926, cette malade a de la gêne pour respirer par la narine droite. En novembre, elle mouche un peu de sang et le 12 du même mois, le Dr Chauvin, de Saint-Nazaire, procède à l'ablation de polypes.

Examinée en juin 1927, on découvre un polype saignant de la région ethmoïdale droite qui est infiltrée et obstruée. Au stylet, on pénètre dans une masse molle saignante.

Biopsie : n° 125.

Epithélioma d'architecture lobulée, à cellules atypiques. Activité karyokinétique marquée. Stroma conjonctif fibrillaire et lymphocytaire bien développé en certains points, en d'autres très peu développé entre de volumineux lobules épithéliomateux, les vaisseaux capillaires sanguins de la trame sont normaux.

Traitement radiothérapique avant l'intervention ; la malade reçoit 6000 R.

Opération :

10 novembre 1927 : Sous chloroforme, on procède à une rhinotomie latérale droite. On résèque les os propres du nez et l'angle du sinus maxillaire que l'on trouve rempli de fongosités ecchymotiques peu saignantes. Les parois du sinus maxillaire ne sont pas atteintes, sauf au niveau de la région ethmoïdale que l'on trouve remplie des mêmes fongosités mollasses, très foncées, avec quelques-unes rappelant les fongosités néoplasiques-types des fosses nasales.

Curettage de tout l'ethmoïde.

On place un tube de dix milligrammes de radium dans l'ethmoïde, horizontalement.

Au bout de quatre jours, on enlève le tube.

Dose journalière : 1,8 mcd.

Dose totale en 4 jours : 7,2 mcd.

Biopsie :

Faite avec la tumeur opérée : Epithélioma lobulé à cellules atypiques, même réponse qu'à la première biopsie ; le stroma conjonctif est plus développé dans la tumeur qui a été irradiée.

En décembre 1927, il n'y a pas de bourgeons apparents. Les suites opératoires ont été excellentes. Toute la cavité se cicatrise.

Depuis, l'état s'est maintenu satisfaisant.

Obs. 3. — *Tumeur conjonctive à évolution sarcomateuse de la région sphénoïdale droite. Intervention. Curiéthérapie. Guérison depuis 3 ans.*

M. Nic..., 16 ans, domestique. Fiche O. R. L. 40865. Décembre 1927.

Vient en décembre 1927 consulter à l'Hôtel-Dieu pour une gêne de la respiration datant de six mois. Il n'a jamais présenté d'hémorragies.

Examen :

Dans le naso-pharynx, on voit une tumeur de la grosseur d'une noix, lisse, dure au toucher, non saignante ; on se rend compte que l'expiration nasale est impossible.

Par FND, on aperçoit nettement la tumeur qui bouche toute la choane ; elle est blanchâtre, moins lisse et moins régulière que la partie visible à la rhinoscopie postérieure.

Par FNG, on aperçoit la même tumeur, mais moins volumineuse. Un stylet passe facilement entre la tumeur et la région sphénoïdale ; en recherchant avec cet instrument la zone d'insertion, on constate que le pédicule, plus mou que le reste de la tumeur, est inséré au niveau de la région sphénoïdale droite.

Quelques jours après, le 12 décembre, on procède à l'ablation sous chloroforme, par les voies naturelles, d'un polype fibreux inséré au niveau de la région sphénoïdale droite. Le pédicule semble avoir été arraché entièrement.

Revu, on distingue le pédicule inséré toujours à la même place.

Biopsie : n° 213.

L'examen histologique révèle que la tumeur est formée de cellules conjonctives de type fibroblastique : quelques éléments ont un gros noyau volumineux, différents des cellules normales par leur plus grande dimension ; ces cellules sont très abondantes en certains points, séparées par une substance collagène riche en fibrilles conjonctives. Nombreux vaisseaux sanguins à simple paroi endothéliale, formée souvent par la cellule tumorale. L'épithélium de revêtement est intact, sauf en un point, le chorion est infiltré par les cellules conjonctives de la tumeur.

En résumé : Tumeur conjonctive en voie d'évolution sarcomateuse.

Intervention :

Le 19 janvier 1928, on englobe à l'anse le pédicule et, sans grande résistance, on extrait de la cavité même du sinus sphénoïdal une masse bilobée, chaque lobe ayant sensiblement la grosseur d'une petite noisette, de consistance fibreuse, aboutissant à un pédicule ayant un centimètre de diamètre.

Cette tumeur naso-pharyngienne avait donc son insertion intra-sphénoïdale et chaque lobe devait remplir chacun des sinus sphénoïdaux.

On ne revoit le malade que sept mois après, le 25 août, et l'on découvre à la rhinoscopie postérieure, au niveau de la partie supérieure de la choane, une masse grosse comme une noix, moins grosse que la première fois, non obstruante.

Un mois après, on place sous le pédicule cinq aiguilles de radium de 1 milligr. pendant cinq jours et demi. Les fils ressortent par la narine.

Dose totale : 4,95 millicuries détruits.

On a une réaction du côté du pédicule qui grossit et est un peu plus vascularisé.

Le 28 juin 1929, on revoit le malade. Il persiste au niveau de la choane droite une petite tumeur du volume d'une petite noix, non saignante, ni obstruante.

Le 29 avril, on la détruit à l'électro-coagulation.

Il ne reste plus, au bout d'un mois, qu'une petite tumeur grosse comme un pois..

Le 20 février 1930, les progrès sont très sensibles, la petite masse a beaucoup diminué, c'est à peine si la muqueuse, d'aspect cicatriciel à cet endroit, fait une saillie de la grosseur d'un petit pois.

Le malade, dont l'état est le même, n'est pas revenu à la consultation.

Obs. 4. — *Epithélioma de la région ethmoïdale. Curettage. Curiethérapie. Décès.*

M. Guil..., 52 ans. Retraité de marine. Fiche O. R. L. 42972. Novembre 1928.

Au début, aucune douleur, le malade a la sensation d'avoir la narine bouchée (janv. 1928).

En février, il présente un enchiffrement et croit à un banal rhume de cerveau, mais ce rhume ne guérit pas. Il ne mouche pas, mais des mucosités lui tombent dans la gorge. Il est un peu étonné de la persistance de ce rhume, mais n'y attache pas trop d'importance.

En juin, tout de même, il mouche du pus en petite quantité par la narine droite et malgré tout, un peu inquiet, vient consulter à Lorient ; il parle à ce moment de légères douleurs frontales. On pense à une sinusite. Vers cette époque, il rend un petit séquestre par la bouche, en reniflant, qui semble provenir d'un cornet.

A l'examen, la fosse nasale présente des polypes d'aspect muqueux, bien qu'un peu sanguinolents. On les lui enlève à plusieurs reprises.

Une radiographie donne une image de sinusite ethmoïdale droite.

On enlève alors quelques morceaux de polypes dégénérés. A cette date (mois d'août), les douleurs font leur apparition, empêchant le malade de dormir la nuit. Depuis, elles ont toujours été en augmentant et sont devenues intolérables, occupant la région frontale et irradiant à l'hémiface droite. Les stupéfiants les calment un peu. On note une légère photophobie droite, du larmoiement, une sensation de gonflement de l'œil droit et des troubles de la vue. A la pression, le malade accuse une douleur au niveau du sinus frontal.

Venu le 8 novembre à Nantes, on décide de l'opérer le 12 novembre avec le diagnostic de sinusite ethmoïdale et dégénérescence néoplasique de polypes de la FND.

Biopsie :

Un examen histologique pratiqué le 5 précédent donne le résultat suivant :

Epithélioma d'architecture lobulée, spino-cellulaire typique, à globes épidermiques. Activité karyokinétique presque nulle. Rares monstruosité cellulaires et cytolysé. Stroma conjonctif fibrillaire moyennement développé avec plasmocytes et infiltration de polynucléaires d'infection secondaire. Vaisseaux sanguins et lymphatiques normaux.

Opération :

Rhinotomie latérale droite, ablation de bourgeons polypeux, dont certains durs, au niveau de la région ethmoïdale, surtout postérieure. Curettage du sinus sphénoïdal.

On place quatre tubes de radium de 10 milligr. chaque dans la cavité ; deux au niveau de la partie la plus postérieure et deux dans la partie moyenne où il y a quelques bourgeons.

Suites opératoires :

Ascension thermique à 39°2 vespérale ; frisson dans la nuit, quelque agitation, puis secondairement accidents d'adynamie et syncopaux ; pas de délire.

Le lendemain, 17 novembre, on retire les mèches et les quatre tubes de radium. Immédiatement après le pansement, phénomènes lipothymiques, pâleur, sueurs, vertiges ; on fait au malade de la caféine, de l'huile camphrée.

Dans l'après-midi, la température continue de monter pour atteindre 40°6 le soir ; on remarque un peu de délire, mais il n'y a pas de raideur, ni de vomissements.

La prostration est de plus en plus marquée.

La dose totale pendant six jours a été de 43,2 mcd.

Le 18 novembre, le malade entre dans le coma. Il est emmené par sa famille dans son pays d'origine, le Finistère.

Obs. 5. — *Epithélioma atypique. Opération. Curiéthérapie. Guérison depuis 3 ans.*

M. Jau..., 49 ans, cultivateur. Fiche O. R. L. 43235.
20 décembre 1928.

A l'interrogatoire, le malade se plaint d'avoir toujours éprouvé une gêne respiratoire nasale, qu'implique un ozène vérifié à l'examen. Depuis quatre ou cinq mois, il constate de fréquentes hémorragies par la fosse nasale droite, ce qui l'a conduit à consulter.

F. N. G. : Atrophie de la pituitaire avec croûtes épaisses au niveau du plancher.

F. N. D. : Atrophie du cornet inférieur ; l'étage moyen et supérieur de la F. N. est bloqué par une masse d'aspect granuleux, saignant au contact.

On note de la pharyngite atrophique.

Biopsie : n° 398.

Epithélioma à grandes cellules atypiques ; monstruosités nucléaires. Activité karyokinétique marquée. Stroma conjonctif fibreux avec infiltration plasmocytaire et lymphocytaire.

Radio :

L'ethmoïde droit est un peu plus sombre que le gauche.

Opération le 28 décembre 1928.

Rhinotomie latérale : la cavité ethmoïdale apparaît remplie de bourgeons d'aspect néoplastiques typiques, le sinus sphénoïdal est également envahi ; l'ensemble tumoral est aussi gros qu'un œuf, peu saignant.

On place 3 tubes de 5 milligrammes de radium, parallèlement ; le troisième sur un plan un peu plus inférieur, tout près de l'ethmoïde postérieur.

Le malade qui a reçu deux ampoules de morphine, trois grammes de chloral et deux grammes de bromure, a été endormi à fond. Il se réveille progressivement et, bien que paraissant conscient, n'a ressenti, dit-il, aucune douleur.

On profite de l'opération pour prélever un morceau de la tumeur.

Biopsie : n° 417.

Epithélioma d'architecture lobulée avec travées. Cellules atypiques parfois monstrueuses : tendance à la kératinisation au milieu de certains lobules, nécrose cellulaire en d'autres. Activité karyokinétique très marquée, mitoses atypiques. Stroma conjonctif fibrillaire infiltré de nombreux plasmocytes et polynucléaires d'infection secondaire.

Certains vaisseaux lymphatiques sont envahis par le néo.

Le 1^{er} janvier 1929, on enlève les tubes de radium. Le malade, pendant ce temps, n'a accusé qu'une légère céphalée. Température : 39°2.

Dose journalière : 2,7 mcd. La dose totale en quatre jours et demi est de 12,15 mcd. (millicuries détruits).

Préalablement à l'opération, le malade avait reçu des applications de rayons X, en tout 4000 R.

Le lendemain de la pose du radium, léger œdème de l'œil avec chémosis.

Dès que le malade a pu ouvrir l'œil, on a constaté que toute réaction avait disparu du côté de la conjonctive, mais la vision est nulle, aucune réaction à la lumière, la pupille cependant a conservé ses réflexes.

Le 3 janvier, la température oscille entre 38° et 38°5 le soir. On procède à l'ablation de croûtes et on place dans la région ethmoïdale deux tubes de 5 milligrammes et trois mèches de bourrage.

Examen du fond d'œil et de l'appareil visuel :

OD : Abolition du réflexe pupillaire. Pas de perception lumineuse. Rien à l'ophtalmoscope. Papille nette. Pas de phénomènes congestifs périphériques.

OG : Conservation du réflexe pupillaire consensuel.

Il s'agit vraisemblablement d'une compression du nerf au niveau du canal optique (Dr G. Sourdille).

Le 5 janvier, on remarque un léger œdème de la paupière supérieure droite apparu depuis la veille.

Le 9, on enlève les tubes de radium.

Dose journalière : 1,8 mcd. Dose en six jours : 11,4 mcd.

La dose totale avec les deux applications est de 23,19 mcd. (millicuries détruits).

Le 11 janvier, le malade ressent dans la nuit des douleurs orbito-frontales droites intenses, sans nausées ni vomissement ; la température est à 38°8 au matin, augmente le soir, est à 40°6 le lendemain.

A l'examen de la papille (Dr Legrand), celle-ci est un peu floue. Il y a une légère exophtalmie, mais pas de tension exagérée des milieux oculaires ; il persiste un

peu d'œdème de la paupière supérieure et une légère conjonctivite.

La nuit est rendue calme avec des analgésiques.

Les urines sont claires, abondantes, contiennent des traces d'albumine et des corps cétoniques en forte quantité.

Le malade est prostré, sa lucidité est complète; il n'y a ni vomissements ni raideur.

Il sort de l'hôpital le 12 janvier.

Huit jours après son retour, il fait un érysipèle de la face, mais dans les semaines qui ont suivi il a engraisé de dix kilos.

A l'examen, il reste quelques croûtes dans la cavité, le malade ne ressent aucune douleur au niveau de la région ethmoïdale. L'œil droit ne perçoit aucune lueur.

Depuis, l'état se maintient, il n'y a pas eu d'aggravation ni de récédive.

Obs. 6. — *Epithélioma cylindrique papillaire de l'ethmoïde. Opération. Curiethérapie. Guérison depuis 2 ans.*

M. Cau..., 52 ans, fabricant de chaussures. Fiche O. R. L. 45057.

Vient consulter le 28 octobre 1929 pour douleurs à la nuque et obstruction nasale droite progressive depuis deux ans. De temps à autre, mouche du sang. L'état général est médiocre, le malade se fatigue vite.

A l'examen, la partie postérieure de la fosse nasale droite est obstruée par une masse bourgeonnante, rouge framboisé, occupant la partie inférieure de la choane située entre le cornet inférieur et la cloison.

La rhinoscopie postérieure montre la choane bouchée aussi bien à la partie supérieure qu'à la partie inférieure

par une masse opaline semblant occuper l'ethmoïde postérieur et le sinus sphénoïdal.

Il y a cinq ou six semaines, après avoir éternué quatre à six fois, il a rejeté par la narine opposée (gauche) une petite tumeur de la grosseur d'un haricot, de couleur noirâtre framboisée. A partir de ce moment, la respiration a été libre du côté droit et, depuis cette époque, il n'y a plus d'obstruction.

Aujourd'hui, on ne constate plus d'obstruction nasale, mais en faisant moucher le malade après l'avoir cocaïnisé, il rend une parcelle de tumeur que l'on soumet à l'examen histologique.

Biopsie :

Epithélium cylindrique papillaire. Nombreuses karyokinèses ; axes conjonctivo-vasculaires fibrillaires très minces.

Radio :

Grosse opacité homogène et à bords nets du sinus ethmoïdal droit.

Wassermann :

Négatif à toutes les réactions.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 28 pour intervention.

Opération le 30 octobre.

Rhinotomie latérale, ablation de fongosités du volume de deux doigts, au niveau de l'ethmoïde postérieur et du sinus sphénoïdal dont la paroi antérieure est détruite ; on trouve une destruction, qui paraît être purement mécanique, de la paroi interne de l'orbite.

On place au niveau de l'ethmoïde postérieur deux tubes de radium de 10 milligrammes.

Le soir, on note une température de 38° qui tombe dès le lendemain.

On retire les tubes au bout de quatre jours.

Dose journalière : 3,6 mcd.

Dose totale : 14,4 millicuries détruits.

Après l'opération, le malade a présenté de la diplopie (qui, trois mois après, était presque entièrement disparue). Il y a quelques croûtes dans la fosse nasale.

En février 1930, paralysie du droit supérieur gauche (côté opposé à la tumeur).

A la fin de mars, les troubles oculaires ont disparu, la région ethmoïdale est en bon état.

Le 20 juin 1930, très bon état général. Fosses nasales parfaites. Pas de traces de récurrence. Depuis plus d'un an, le résultat s'est confirmé.

Obs. 7. — *Epithélioma cylindrique glanduliforme ethmoïdal. Opération. Curiethérapie. Guérison depuis 1 an.*

M. Bach..., 50 ans, menuisier. Fiche O. R. L. 47066.

Est envoyé au centre anticancéreux de Nantes par son médecin traitant.

A l'examen, on trouve dans la fosse nasale droite un polype saignant, peu volumineux, au niveau de la région ethmoïdale.

Biopsie :

Le 22 octobre 1930 :

Epithélioma cylindrique glanduliforme et végétant à grandes cellules métatypiques. Activité karyokinétique très marquée. Stroma conjonctif fibrillaire peu développé. Vaisseaux normaux.

Opération :

Sitôt le résultat connu, on fait une rhinotomie latérale droite, qui montre des fongosités saignantes peu volumineuses, surtout au niveau de la région ethmoïdale postérieure, et quelques bourgeons.

On place des tubes de radium pendant six jours, au bout desquels on les enlève.

Dose totale : 21,6 mcd. (millicuries détruits).

Biopsie :

Deuxième prélèvement datant de l'opération. Réponse identique.

Suites opératoires : Sont normales. Le malade sort de l'Hôtel-Dieu peu après.

Revu le 12 janvier 1931, on remarque quelques bourgeons tout à fait à la partie inférieure, qui ne semblent pas spécifiques.

Aucune douleur de tête. Bon état général ; a engraisé.

Depuis, l'état s'est maintenu satisfaisant.

II. — TUMEURS DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

PORTION ALVÉOLAIRE

Nous n'insisterons pas non plus sur leur symptomatologie, aujourd'hui classique. En quelques mots, la perte de transparence lumineuse est d'abord le seul symptôme ; puis, à leur tour, les parois du sinus cèdent : on perçoit, par la palpation, l'épaississement du bord inférieur de l'orbite, la paroi canine s'aminuit et bombe, la joue elle-même est envahie ; on peut observer une névralgie sous-orbitaire. Enfin, la biopsie fixera avant toute intervention la nature histologique des lésions.

Technique opératoire

C'est, ici encore, la technique indiquée par M. le Dr Hautant que nous avons suivie. Elle consiste essentiellement, sous anesthésie générale, en une résection atypique du maxillaire supérieur jusqu'en tissu sain, par incision large au niveau de la fosse canine.

Immédiatement après, inclusion de tubes de radium maintenus par des mèches de gaze. Cette contention n'est pas toujours facile à réaliser en raison de l'effondrement de la paroi inférieure du sinus.

Le Radium était utilisé sous forme de tubes de 5 ou 10 mg. Il demeurait en place quatre ou cinq jours. Les doses administrées ont été respectivement de 9 mcd, 18 mcd, 28,8 mcd, 36 mcd, 45 mcd.

Trois malades n'ont pas été traités par curiethérapie, mais par radiothérapie profonde ; l'un sans qu'il y eut intervention, un second avant l'opération, un troisième après l'opération. Un autre reçut également des irradiations postopératoires, mais récidiva au bout de deux ans ; une nouvelle intervention, suivie de curiethérapie, a maintenu le malade indemne de tout retour offensif depuis un an et demi.

Un cinquième malade reçut après l'opération du radium et de la radiothérapie profonde. Un autre fut traité par le radium au moyen d'un appareil externe et reçut en outre des rayons à l'occasion d'une récidive deux ans après. Un dernier reçut 8.000 R préopératoires et 28,8 mcd après l'opération. Ces diverses modalités de traitement marquent nos tâtonnements successifs. Cependant, comme pour les tumeurs de l'ethmoïde, nous pencherions actuellement vers une méthode thérapeutique limitée à l'intervention chirurgicale immédiatement suivie de curiethérapie.

Accidents et complications. - Quatre malades sur huit ont succombé. L'un, âgé de 64 ans, reçut une dose trop faible de radium postopératoire : 9 mcd suivie de 4.000 R quelques jours après. C'était un des premiers malades entrepris (fév. 1925, fiche 35.620).

Un second, de 64 ans, traité un an après, ne fut pas

opéré ; il vint avec une très volumineuse adénite sous-maxillaire consécutive à un épithélioma du sinus maxillaire droit et fut traité avec un appareil externe appliqué sur le maxillaire et le ganglion : 9 tubes de 5 mg., 89,1 mcd en vingt-trois jours.. L'état se maintint pendant deux ans mais une récurrence brusque ne put être enrayée malgré 10.000 R en deux séries (fiche 37.974).

Un troisième, âgé de 53 ans, gravement et anciennement atteint, souffrait depuis quinze mois. Il y avait envahissement du plancher de l'orbite et adhérence à la capsule de Tenon. Il avait reçu 6.000 R préopératoires et 28,8 mcd ensuite (fiche 44.079).

Le dernier, âgé de 70 ans, ne s'est pas remis de l'intervention. Peut-être la dose de 45 mcd était-elle trop forte pour lui. Il a succombé deux mois après (fiche 45.778).

Chez l'un des quatre survivants, nous avons noté des troubles oculaires graves : exophtalmie, perte de l'acuité visuelle qui ont nécessité l'entération. Il y eut également élimination d'esquilles nécrosées. Le sujet avait reçu 36 mcd.

Enfin, un malade atteint d'ostéosarcome, resté guéri depuis 1924, a présenté à la fin de l'intervention une hémorrhagie formidable qui céda cependant au tamponnement et aux injections d'anthéma.

Nos résultats sont les suivants :

Un ostéosarcome guéri depuis sept ans (obs. 8) ;

Un épithélioma cylindromateux guéri depuis quatre ans (obs. 11) ;

Un épithélioma adamantin guéri depuis trois ans (obs. 12) ;

Un épithélioma spino-cellulaire guéri depuis deux ans (obs. 14) ;

Un épithélioma glandulaire guéri depuis deux ans mais récidive (obs. 10) ;

Deux épithéliomas spino-cellulaires, avec décès (obs. 9 et 15) ;

Un épithélioma à grandes cellules atypiques avec décès (obs. 13).

Les observations qui vont suivre donnent l'histoire complète de chaque malade.

Obs. 8. — Ostéosarcome du maxillaire supérieur gauche.
Opération. Radiothérapie postopératoire très modérée.
Guérison depuis 7 ans.

M. Soul..., 32 ans, domestique. Fiche O. R. L. 33807.
18 janvier 1924.

Depuis un an environ, il éprouve de la difficulté pour respirer par la narine gauche.

Il y a un mois, s'étant aperçu qu'une de ses joues grossissait, il se fit extraire trois dents et on lui incisa ce que l'on crut être un abcès dentaire. Il s'en écoula du pus, mais souffrant toujours et mouchant du pus, il vint consulter à Nantes.

A l'examen, la joue gauche est très tuméfiée et présente un abcès faisant saillie dans le prolongement de la commissure labiale gauche. En faisant pression sur la région du maxillaire supérieur, on fait écouler du pus par le méat moyen.

La palpation profonde de la face antérieure du sinus fait croire que l'on pénètre dans sa cavité même par un

effondrement de la paroi antérieure. La fosse nasale correspondante est pleine de pus et, baignant dans celui-ci, se trouve une tumeur rougeâtre, peu saignante, occupant la presque totalité de la F. N. et dont la masse ressemble à l'agglomération de polypes muqueux. La muqueuse de la joue est tuméfiée, dure, et le repli gingivo-jugal est infiltré. La partie gauche de la voûte palatine paraît affaissée et sa muqueuse est plus colorée.

L'examen du pus nous apprend qu'il contient du streptocoque et des pyogènes banaux.

L'ensemencement sur milieu de Sabouraud écarte la possibilité d'un mycose.

Biopsie : n° 16.

19 janvier 1924 : La tumeur comprend d'abord une région nettement myxomateuse, où l'on trouve de grandes cellules étoilées, séparées par une substance mucoïde légèrement fibrillaire, puis les cellules myxomateuses subissent une métaplasie, deviennent volumineuses, à gros noyau, à protoplasma basophile. Les cellules métaplasées élaborent de la substance préosseuse et édifient de véritables lamelles osseuses où elles sont emprisonnées, devenant des ostéoblastes très volumineux. Il s'agit d'ostéogénèse sarcomateuse. L'épithélium de surface est intact, et le chorion sous-jacent est infiltré de lymphocytes par inflammation. Myxosarcomie.

Opération.

Le fragment qui vient de nous renseigner a été prélevé pendant l'intervention : on enlève la tumeur qui occupe toute la fosse nasale ; elle a bien l'apparence sarcomateuse, mais, à ce moment, une hémorragie excessivement abondante suit l'exérèse ; l'on en vient à bout avec un tamponnement, de l'hémostyl et des injections d'anthéma. Le surlendemain, enlèvement de la mèche sans hémorragie secondaire.

Radiothérapie : 7 séances, du 30 janvier au 15 février, sous 100.000 volts. La dose, vraiment faible, est de 2500 R.

Revu le 6 mars, le malade présente un bon état général ; la joue n'est plus enflée, la gencive est cicatrisée, la muqueuse est saine.

Les fosses nasales sont parfaitement libres. Le cornet inférieur est normal. On constate, au niveau de la partie supérieure de la F. N. G., une petite tumeur, d'aspect grenu, dure, occupant le méat moyen. En passant un stylet recourbé, on pénètre dans le sinus qui est libre. On sent à la palpation une saillie dure, très marquée, au niveau du sinus maxillaire sur son apophyse montante.

Un mois après, il persiste quelques petits ganglions dans la région sus-hyoïdienne gauche, et on aperçoit au-dessus du cornet inférieur une petite masse venant de la cavité du sinus. Le malade, surveillé, n'a cependant pas présenté de récurrence et, sans traitement complémentaire, il est demeuré jusqu'à maintenant en bon état de guérison.

Obs. 9. — *Epithélioma spino-cellulaire du maxillaire supérieur droit. Opération. Curiethérapie. Radiothérapie post-opératoire. Décès.*

M. Jur..., 64 ans, employé de commerce. Fiche O. R. L. 35620. 26 février 1925.

Il y a cinq à six mois, élimination d'un kyste paradentaire tombé spontanément (kyste dentifère ?) Depuis, douleurs dans la région vélo-palatine droite avec irradiations vers l'oreille droite. Bourdonnements et un peu de surdité de ce côté.

Pas d'hémorragies véritables. Difficulté particulière de la mastication, surtout marquée pour les solides.

Le malade mouche davantage par la fosse nasale droite.

Examen :

La moitié droite du maxillaire supérieur est envahie par des tissus grenus, saignants, la fosse canine également. On pénètre largement dans le sinus ; le plancher de la fosse nasale droite se trouve infiltré.

Epreuve sérologique :

Le Bordet-Wassermann est négatif, seul le Hecht est positif +++ (?) Jacobstal.

Biopsie :

Il n'existe sur les différentes coupes que des masses épithéliomateuses franchement lobées ou, au contraire, étalées en nappe mal circonscrite. Les cellules qui les composent sont en général bien colorées ; un groupe seulement vers le centre de la préparation est mal teinté, un peu pâle, mais le protoplasma et le noyau sont visibles ; visibles aussi les filaments unitifs de la plupart des cellules.

Kératinisation manifeste. Globes cornés typiques. Globes parakératosiques. Globes dégénérés. Beaucoup de karyokinèses.

Trame peu dense. Cependant, dans certaines parties, le développement fibroblastique est accentué, environnant parfois en totalité le fragment épithéliomateux.

Enfin, autour de quelques vaisseaux et dans le tissu interstitiel, infiltration de cellules inflammatoires.

Epithélioma spino-cellulaire envahissant. Réaction défensive moyenne.

Opération :

Le 4 mars 1925, on constate à l'intervention que la tumeur a envahi toute la moitié droite du palais osseux et une partie de la moitié gauche. Le rebord alvéolaire est détruit, le sinus largement ouvert. La paroi nasale du

sinus est détruite, la portion inférieure de la cloison également.

Infiltration de la paroi postérieure du sinus et de la moitié droite du naso-pharynx. On procède à un évidement complet du maxillaire supérieur droit. Sous le tamponnement, l'on a placé deux tubes de radium de 5 milligrammes de Ra. E., dans leur gaine d'or platiné (Filtre 2 m/m Pt).

Le 7 mars, on change une partie du pansement sans toucher aux tubes. Il n'y a pas de réaction appréciable.

Le malade garde les tubes cinq jours. La dose totale est de 9 millicuries détruits.

18 et 20 mars, séance de radiothérapie. Dose : 4000 R.

Le 2 avril, on doit faire l'ablation d'un ganglion sous-maxillaire de la grosseur d'une bonne noisette, très adhérent.

A la fin du mois, le malade est revu et va aussi bien que possible ; mais son état empire, il ne peut se déplacer et décède à la fin de l'année sans que nous l'ayons revu.

Obs. 10. — *Epithélioma glandulaire du maxillaire supérieur droit. Curiethérapie par appareil externe. Radiothérapie. Etat satisfaisant pendant 2 ans. Récidive.*

M. Che..., 64 ans. Fiche O. R. L. 37974. 2 mars 1926.

Ce malade nous est envoyé par le Dr Chauvin, de Vigneux, pour une volumineuse adénite carotido-sous-maxillaire droite, secondaire à une tumeur du maxillaire supérieur correspondant et dont le début remonterait à l'été 1925.

Une biopsie faite le 2 mars nous renseigne sur la nature de la tumeur. Sur la coupe, il n'existe aucune bordure de revêtement. L'œil tombe immédiatement sur

un tissu offrant, à côté d'une zone nécrosée et dans une zone enflammée, des lobes et des lobules glandulaires séparés par du tissu conjonctif. Les masses glandulaires n'ont aucune régularité, la plupart sont pleines, les autres laissent voir une lumière très réduite avec en bordure des cellules cylindriques ou cubiques ; enfin, on trouve quelques types rares d'acini glandulaires.

D'une façon générale, l'épithélium est proliférant, les cellules sont augmentées de volume, irrégulières, métatypiques et atypiques. Elles prolifèrent dans le tissu conjonctif de voisinage. Les acini sont confluent et sans limites. Quelques karyokinèses. Trame fibrillaire avec infiltration leucocytaire légère. Epithélioma glandulaire.

Traitement :

Du 4 au 27 mars 1926, on traite le malade par un appareil externe comprenant deux parties : une sur la zone maxillaire droite comprenant 6 tubes de 5 milligrammes, écartés de 3 centimètres chaque et couvrant 84 centimètres carrés (dose en 23 jours : 59,4 mcd.).

L'autre partie appliquée sur le cou, en regard de l'adénite, comprend 3 tubes de 5 milligr. écartés de 1 cent. et dont la surface couvre 30 cmq. (dose en 23 jours, 29,7 mcd.).

Dose totale des deux parties : 89,1 millicuries-détruits.

La protection du voisinage est assurée par des lames de plomb.

Un mois plus tard (26 avril), l'état du maxillaire est très satisfaisant, la masse a beaucoup diminué. Le ganglion sous-maxillaire persiste. Le malade dit qu'il a été assez fatigué dans la semaine qui a suivi le traitement. Actuellement l'état général ne laisse rien à désirer.

Le 1^{er} juillet 1926 l'amélioration continue, les ganglions sous-maxillaires ont diminué. L'état général est

très bon, mais on note des bourdonnements dans l'oreille droite. En faisant ouvrir la bouche du malade on constate qu'il persiste un certain gonflement et une ulcération anfractueuse au niveau d'une molaire disparue.

Le 31 mai 1938 l'état général et local ne varie pas, l'adénite sous-maxillaire conserve son volume (75 m/m environ), elle semble avoir légèrement diminué.

Le 12 juillet 1928 on pense à une récidue; depuis quarante-huit heures poussée aiguë avec gonflement de la région du sinus. On applique des compresses chaudes, et si dans huit jours le gonflement persiste on fera des rayons X.

Août 1928 : Le malade a reçu une dose de 5.000 R de radiothérapie profonde, le maxillaire est encore tuméfié.

On recommence en novembre 5.000 R. Réaction cutanée un mois après; la pommette droite est couleur lie-de-vin. L'adénite sous-maxillaire est encore grosse.

Aux dernières nouvelles, le malade est toujours vivant. La masse ganglionnaire persiste, mais est immobilisée. Il n'y a pas eu de récidue.

Obs. 11. — *Epithélioma cylindromateux du maxillaire droit. Traitement chirurgical et radiothérapique. Persistance de la guérison depuis 4 ans.*

M. Del..., 57 ans, cordonnier; fiche O. R. L. 40.454. 12 septembre 1927.

Depuis un an environ la joue droite se tuméfie progressivement, tandis que la respiration devient difficile par la narine droite. Depuis quelques mois épiphora de l'œil droit.

A l'examen, la fosse nasale droite est obstruée par un refoulement de la paroi interne du sinus; on observe une tuméfaction molle de la grosseur d'une noix au

niveau de la région molaire. Le fosse canine est envahie par la même masse qui a refoulé pareillement la voûte palatine.

En vue d'une biopsie on pratique une incision dans la fosse canine; on tombe sur une poche épaissie, couleur lie-de-vin, donnant issue à une véritable gelée de groseille. La paroi du sinus est détruite, et sa cavité est remplie de fongosités mollasses dans lesquelles est prélevée la biopsie.

Examen histologique : « Epithélioma de revêtement cylindrique ou pavimenteux suivant la coupe. Le reste du tissu est constitué par des tubes glanduliformes, dont les cellules cylindriques forment des cordons libres ou anastomosés; entre eux sont des cavités contenant une sécrétion muqueuse. Autour des cordons se trouve la masse muqueuse principale, qui donne à la coupe un aspect cylindromateux myxoïde, combinaison d'une sécrétion muqueuse inversée des cellules épithéliales et d'une fonte myxoïde du stroma. En résumé épithélioma cylindromateux. »

Opération : Le 15 septembre 1927, après rhinotomie latérale, on pratique le curettage de tout le sinus maxillaire droit; on découvre des fongosités bourgeonnantes. On détruit la paroi externe du sinus, la face inférieure de l'orbite, l'ethmoïde et la voûte palatine sur une largeur d'une pièce de 2 francs environ.

En octobre et en novembre, le malade, remis de ses suites opératoires, reçoit au Centre 6.000 R.

En décembre, il présente un très bon état général et local : la fosse nasale droite est entièrement libre.

Au mois de mai 1928 le malade se porte toujours bien.

Récidive : Le 30 décembre 1929 il revient avec une obstruction complète de la fosse nasale due à des bourgeons peu saignants, la moitié de la voûte palatine est infiltrée jusqu'au voile. Cela fait deux ans qu'on ne l'avait revu.

Par la rhinoscopie postérieure on voit la choane obstruée par un gros bourgeon.

Deuxième opération : Sous anesthésie générale on fait une incision au-dessus de la fosse canine, et l'on tombe sur une masse bourgeonnante dure par endroits, ramollie en d'autres, occupant tout le sinus maxillaire, adhérente surtout au niveau de la face antéro-inféro-externe. Toute la paroi externe du sinus est détruite, ainsi que la paroi inférieure. La tumeur ne semble pas avoir envahi l'orbite dont la paroi inférieure n'existe plus.

On place 4 tubes de radium de 5 milligr. chaque, et de façon à irradier surtout l'angle antéro-postérieur et externe du sinus maxillaire, du 8 au 13 janvier 1930.

Dose totale : 18 millicuries-détruits.

Deuxième biopsie : 18 janvier 1930 (la première a été faite le 12 septembre 1927).

« Epithélioma cylindromateux. On trouve les mêmes tubes glanduliformes, pleins ou souvent cavitaires, anastomosés sous forme de cordons ou de travées. Au sein d'une masse myxoïde principale (d'où aspect particulier de la coupe), mêmes cellules bordant les cavités ou constituant les tubes pleins. Même sécrétion muqueuse remplissant les cavités. Même fonte myxoïde du stroma. »

23 janvier 1930, on retire de la fosse nasale droite de nombreux débris sphacelés.

15 février 1930, l'état local est satisfaisant.

8 mars 1930, la plaie de la fosse nasale est complètement cicatrisée, sauf une petite fistule à la partie postérieure. Pas d'adénite.

Par la fosse nasale on constate que la cavité sinu-sienne a bon aspect.

L'état général est très bon en juin. Le malade a engraisé, il a bon appétit.

Revu le 25 octobre 1930, on aperçoit des bourgeons

au-dessus de la tête du cornet moyen, d'apparence banale.

Le 17 janvier 1931 l'état des lésions est parfait, la santé générale très bonne.

Obs. 12. — *Epithélioma adamantin du maxillaire supérieur droit. Radiothérapie. Opération. Guérison depuis trois ans.*

M^{me} Son..., 63 ans. Fiche O. R. L., 41.603. 5 avril 1928.

Depuis un an, tuméfaction maxillaire supérieur droit. La moitié droite de la voûte palatine fait saillie dans la cavité buccale. La narine droite est obstruée par une masse saignante, dure, soulevant l'aile du nez ; la tuméfaction est à son maximum au-dessus du sac lacrymal.

Au toucher, la voûte palatine droite est molle, et le reste de la tumeur, dans la région nasale, offre une consistance dure.

Biopsie :

Faite en mai. Stroma conjonctif un peu plus dense à la périphérie, muqueux partout ailleurs. Vaisseaux avec paroi nette. Dans le stroma, amas ou traînées végétantes de cellules épithéliales. Parfois, les amas forment des lobules pleins (où il est possible de reconnaître des cellules épithéliales, pavimenteuses au centre et à la périphérie des éléments, rappelant les cellules en palissades) ou des réseaux.

Dans les mailles et autour des lobules constituant toute la trame, existe une substance mucoïde (aspect cylindromateux). Epithélioma adamantin et cylindromateux du sinus maxillaire supérieur.

Radiothérapie :

Le malade reçoit une dose de 8.000 R du 12 au 20 avril, à 180.000 volts.

Opération :

Le 23 avril 28, anesthésie avec le Balsoforme. L'incision est celle de la résection du maxillaire supérieur. On tombe sur un kyste paradentaire, masse grosse comme une petite orange avec une coque osseuse remplie de pus très fétide et de caséum. Ablation de la coque, et de la poche, très adhérente par des trousseaux fibreux, et de quelques fongosités au niveau de la région ptérygo-maxillaire sur toute la face postérieure du sinus. Discision de la région orbitaire jusqu'au sphénoïde.

Le 22 mai, la malade fait un érysipèle double de la face.

Un mois plus tard, la cicatrice est en très bon état. Quelques croûtes dans les fosses nasales. Le 2 juillet 1928, la malade sort de l'hôpital. La guérison s'est maintenue depuis.

Obs. 13. — Epithélioma du maxillaire supérieur gauche.
Radiothérapie. Opération. Curiethérapie. Décès (souffrait depuis quinze mois).

Mme Der..., 53 ans. Fiche O. R. L. 44079. Mai 1929.

Début apparent en février 1928 par un écoulement nasal abondant. Au mois de mars 29, une tumeur se développe à la partie inféro-externe de l'orbite gauche, grossissant lentement et n'ulcérant pas la peau.

A l'examen de la fosse nasale gauche le méat moyen est rétréci, contient du pus et des débris polypeux. Les trois dernières molaires sont mobiles. Toute la région molaire est tuméfiée, la fosse canine est envahie. La voûte palatine de ce côté n'est pas modifiée, la région de la branche montante semble affaissée.

Biopsie :

Prélèvement le jour même. Le résultat est « un épi-

thélioma d'architecture lobulée avec travées, à grandes cellules atypiques, et nombreuses monstruosités cellulaires. L'activité karyokinétique est peu marquée. Le stroma conjonctif peu développé, infiltré de polynucléaires en pycnose. Peu de vaisseaux d'aspect normal ».

Radiothérapie en mai. La malade reçoit 6.000 R.

Opération :

A l'intervention on note un envahissement de l'os molaire et de la paroi inférieure de l'orbite. La tumeur est adhérente à la capsule de Tenon. La peau est envahie dans sa partie profonde.

On place 4 tubes de 10 milligrammes de radium pendant 4 jours. Dose totale : 28,8 millicuries-détruits.

29 juin. La malade souffre toujours. Il faut noter qu'elle a éprouvé dans la région sous-orbitaire gauche des douleurs névralgiques intenses dont le début remonterait à quinze mois ; et trop profondément et trop anciennement atteinte elle ne survécut pas.

Obs. 14. — *Epithélioma du maxillaire supérieur droit.*

Opération. Curiothérapie. Guérison depuis 2 ans.

M. Heu..., 57 ans. Fiche O. R. L. 44281. 4 juin 1929.

Présente à l'examen une ulcération du rebord alvéolaire droit. Tout le maxillaire est infiltré, et l'on pénètre largement dans le sinus, qui est certainement envahi. Il y a de nombreux bourgeons dans la fosse nasale. Dans la région sous-maxillaire se trouvent de petits ganglions.

Biopsie :

Pratiquée en pleine gencive elle donne le résultat suivant : « Bourgeons composés de cellules parenchymateuses malpighiennes sans couche cornée, sans tendance à la kératinisation. Architecture lobulée. Lobules sertis par un tissu conjonctif grêle et peu abondant.

Activité karyokinétique marquée. Nombreuses monstruosités. Zones de cellules inflammatoires. Derme friable très infiltré. Epithélioma du type spino-cellulaire actif. »

La réaction de Wassermann est négative dans le sang (juin 25).

Intervention :

Après avoir donné du chloral et fait de la morphine, le malade est endormi au chloroforme, et l'on pratique une incision au niveau de la fosse caniné. Une grosse masse bourgeonnante est enlevée et l'on détruit la paroi du sinus maxillaire jusqu'à la paroi postérieure. Dans la région ethmoïde existent de volumineux polypes non dégénérés.

On place 4 tubes de 10 milligr. de radium, entourés de gaze, au niveau de l'angle externe du sinus maxillaire.

Posés le lundi 10 juin 29 à 11 h., ils sont enlevés le 15 à 11 h. La dose est de 36 millicuries-détruits.

Les suites opératoires sont excellentes. La cavité du sinus a bon aspect.

Un examen ophtalmologique pratiqué par le docteur Legrand par la suite indique pour l'œil droit une acuité visuelle réduite : le malade perçoit seulement ses doigts à 0 m. 50. Il existe un ectropion avec adhérences de la peau et de la muqueuse à l'os. Le réflexe pupillaire est nul, les mouvements de l'œil inexistant. La papille est blanche, ses contours sont légèrement flous.

Le 19 septembre, on procède à l'ablation de tissus sphacelés situés à la partie profonde de la joue.

Exophtalmie avec chémosis. Le malade élimine du tissu sphacélé par une fistule au-dessous de l'œil droit. La région temporale est tuméfiée.

Le 30 septembre on doit faire l'exentération de l'œil droit (docteur J. Legrand). Revu un mois après, le ma-

lade élimine encore des débris spacélés et des séquestres. Toute la paroi externe et orbitaire du sinus maxillaire est éliminée. Il persiste un œdème de la région oculaire.

Peu à peu la cavité se nettoie. Les symptômes généraux sont bons. L'état actuel est satisfaisant.

Obs. 15. — *Epithélioma spino-cellulaire du maxillaire supérieur droit. Opération. Curiethérapie. Mort.*

M. Al..., 70 ans. Fiche O. R. L. 45.778. 13 mars 1930.

Le début remonte à cinq mois environ. Tuméfaction de la moitié droite antérieure de la zone malaire et allant de la région incisive jusqu'à la première grosse molaire, qui seule persiste. La tumeur est bourgeonnante, assez dure, de la grosseur d'un petit œuf. Elle fait saillir la lèvre supérieure et l'aile droite du nez. La voûte palatine est abaissée du côté droit. Pas d'adénite perceptible.

Biopsie :

Pratiquée à ce moment elle révèle « une disposition lobulée, des cellules néoplasiques de type pavimenteux-cellulaire sans filaments nutritifs, les une en voie de dégénérescence, les autres actives. Nombreuses karyokinèses plus souvent irrégulières, au milieu d'un tissu conjonctif, tantôt dense, plus souvent lâche et friable. Amas lymphocytaires abondants (infection secondaire). Epithélioma spino-cellulaire. Peu de défense.

Opération :

Le 28 mars. Sous anesthésie générale, on résèque la moitié antérieure du maxillaire supérieur droit. La voûte osseuse est infiltrée au maximum de bourgeons durs, criant sous le couteau, se trouvant au niveau de l'épine nasale. Un fragment de la tumeur (comme une noix) donne la sensation d'os friable.

Le sinus maxillaire est rempli de bourgeons. La paroi nasale du sinus est détruite. On place 5 tubes de 10 milligr. de radium, sans gaine, pendant cinq jours.

Dose totale : 45 millicuries-détruits.

Après l'application de radium, le malade est très déprimé, il ressent de très vives douleurs dans la région ptérygo-maxillaire, s'alimente mal. La température oscille autour de 38°.

Le 13 mai, il sort de l'Hôtel-Dieu, sur la demande de sa famille et meurt deux mois après, le 26 mai 1930.

III. — TUMEURS DES FOSSES NASALES

Nous ne pouvons donner une technique générale de traitement pour l'ensemble de ces tumeurs, car nous avons dû adapter notre thérapeutique à chaque cas, en combinant diversement la radiothérapie profonde, l'intervention opératoire, la curiethérapie, l'électrocoagulation.

Evolution. — Complications.

Sur neuf malades, il y eut trois décès. Tous trois avaient reçu la radiothérapie profonde sans qu'il y eut d'intervention. L'un (4 ans $\frac{1}{2}$) avait un sarcome qui reçut 19.000 R. Le second, âgé de 64 ans, avait un myxo-sarcome qui eut plusieurs séries de rayons, marquée chacune par une amélioration: total: 18.000 R. Le dernier eut 24.000 R., mais un an avant le traitement, il se plaignit déjà de céphalées violentes: c'était un épithélioma atypique. Le premier des six guéris avait un myxosarcome télangiectasique. Radiothérapie profonde immédiate postopératoire 6.000 R. ; on ne mit pas de radium, le malade présentant de la tachycardie. Un second (sarcome ostéogénétique), traité en 1927, eut 6.000 R, un mois seulement après l'opération; la guérison se maintient depuis quatre ans.

Un autre reçut avant l'intervention 6.000 R et on lui fit une électrocoagulation d'un point suspect un mois et demi après (épithélioma baso-cellulaire, fiche 42.751).

Le quatrième eut un appareillage externe à la cire avec trois tubes de 10 mg à 3 c/m de distance (29,7 mcd). Résultat incomplet ; on procède à une rhinotomie cinq mois après, mais il récidiva l'année suivante. Seconde opération suivie de curiethérapie : 28 mcd. Pas de récidive depuis deux ans (épithélioma baso-cellulaire, fiche 41.295).

Le cinquième avait un épithélioma spino-cellulaire qui avait perforé la cloison. Trois électrocoagulations suffirent pour amener la cicatrisation (fiche 45.076).

Le dernier est encore un épithélioma, mais qui avait envahi le sinus maxillaire. Radiothérapie profonde préopératoire 8.000 R par moitié de chaque côté. Intervention, large curettage. Curithérapie immédiate : 45 millicuries détruits en cinq jours. Violentes douleurs pendant trois mois après le traitement. Elimination de quelques débris osseux. La dose de radiations a probablement été un peu forte.

Dans les observations qui vont suivre, l'ordre indiqué ci-dessus a été respecté.

Nous ajoutons à la suite deux observations de sarcomes lymphoplastiques du rhino-pharynx sur lesquelles nous insistons dans notre conclusion et qui nous semblent avoir leur place dans ce travail.

**Obs. 16. — Sarcome du naso-pharynx. Radiothérapie.
Mort.**

Mlle Lel..., 4 ans $\frac{1}{2}$. Fich. O. R. L. 40712. 7 novembre 1927.

Il y a un mois la petite malade éprouve de la gêne à respirer par le nez, et l'on constate un léger écoulement de sang par la narine gauche. Les sécrétions nasales ont une odeur fétide. Pas de température. Pas de douleurs. Appétit régulier. Sommeil normal, mais ronflements la nuit. On sent un ganglion dans la région angulo-maxillaire, apparu le 1^{er} novembre 1927. Par la narine gauche on aperçoit d'épaisses fausses membranes blanchâtres et saignantes, presque charnues. Au toucher on trouve dans le cavum une masse mollassse. Après avoir débarrassé la fosse nasale gauche des caillots, on constate qu'il existe une masse dure occupant la région sphénoïdale. A la rhinoscopie postérieure, on voit la partie supérieure du naso-pharynx occupée par une masse qui bouche les choanes et en particulier la gauche. Cette particularité d'ailleurs est très nette au toucher.

1^{re} Biopsie : l'examen histologique pratiqué à ce moment, ne montre pas qu'il s'agit d'un néoplasme.

2^e Biopsie : Quelques jours après on examine un autre fragment de la tumeur : même réponse.

10 décembre. L'oreille droite aurait coulé, actuellement cicatrisée. Les ganglions carotidiens droits sont encore volumineux, ceux de gauche restent disparus. Le carotidien gauche est identique. Au toucher, on retrouve la même masse dans le naso-pharynx, peut-être plus dure et plus régulière. Par F. N. G. on voit au niveau de la région sphénoïdale gauche une masse irrégulière.

Radiothérapie : Le traitement, commencé dès le 11 no-

vembre a été de 8.000 R (du 11 novembre au 17 décembre) répartis en 4.000 R sur la région angulo-maxillaire, droite et gauche, et en 4.000 sur la région nasale.

3° *Biopsie* : Cette fois la réponse nous révèle un sarcome.

12 janvier 1928 : Les ganglions ont complètement disparu du côté gauche, du côté droit ils ont le volume d'une grosse noix, ne sont pas très adhérents.

La respiration nasale serait améliorée. On aperçoit toujours au niveau de la choane gauche une masse multilobée non mobile. Tout le cavum est rempli par une masse molle irrégulière. A la partie la plus externe on trouve une masse lisse, polie, molle, de la grosseur d'une noix.

Radiothérapie : La petite malade a reçu du 17 décembre au 24 janvier 11.000 R en deux champs. Total actuel : 19.000 R.

Deux mois après nous apprenions son décès, sans l'avoir revue depuis le 24 janvier.

Obs. 17. — *Myxosarcome des fosses nasales. Radiothérapie. Décès.*

M. Ler..., 66 ans. Fiche O. R. L. 35981. 14 mai 1925.

Il y a dix-huit mois, depuis une pleurésie, a ressenti une gêne dans les fosses nasales accompagnée de quelques douleurs. Fréquemment il avait des hémorragies nasales. Le docteur Lévesque fait une biopsie.

Le fragment est composé :

1° D'axes conjonctifs fibreux très vasculaires, qui s'effilochent et sont remplacés par des cellules étoilées (état régressif).

2° De champs de cellules, petites, étoilées, séparées les unes des autres par un tissu grêle, à peine fibrillaire, muqueux.

3° Dans ce tissu myxomateux existent des zones où l'on perçoit des cellules plus inégales, et aussi de gros éléments cellulaires assez fortement teintés. A la limite du tissu ces différences sont plus accentuées.

4° Des vides nombreux apparaissent au sein de ce même tissu, bordés par des cellules endothéliales, ou des ébauches de cellules épithéliales aplaties.

5° Enfin de petites plaques de sang inondent certaines régions.

6° Quelques karyokinèses.

Tumeur conjonctive en voie de prolifération lente.
Myxosarcome.

Examen :

On constate d'abord une cécité gauche. La fosse nasale droite est obstruée par un polype saignant. La fosse nasale gauche est presque obstruée dans sa partie postérieure.

Au toucher on sent une masse molle, saignante, qui bouche tout le cavum.

Radiothérapie :

Le 9 juillet, avant le résultat de l'examen histologique (du 3 juin au 26 juin), on fait plusieurs séances de R. X. Dose : 10.000 R en deux champs.

Le 1^{er} août, il y a une amélioration des symptômes fonctionnels.

Le 18, le malade éprouve une nouvelle gêne dans la respiration, qui augmentera par la suite. Il accuse quelques douleurs dans les fosses nasales.

On décide de refaire quelques séances de Rayon X.

Le malade reçoit du 26 juin à la fin d'août 8.000 R en deux champs.

La dose de radiothérapie chez ce malade a été de 18.000 R en totalité. Mais il fut perdu de vue, les doses reçues étaient insuffisantes, marquées cependant par une amélioration chaque fois. Récemment nous apprîmes sa mort.

Os. 18. — *Epithélioma du naso-pharynx. Radiothérapie.*
Décédé.

M. Qui..., 43 ans. Fiche O. R. L. 37.682. 22 mars 1926.

Depuis cinq ou six mois a une diminution très notable de l'acuité auditive de l'oreille droite. Bourdonnements assez fréquents. Pas de douleurs.

A l'examen de l'oreille droite, le tympan est bombé. La paroi supérieure du conduit est un peu affaissée. Pas de pus à la paracentèse.

La rhinoscopie postérieure pratiquée le 29 juillet 1926 montre le comblement de la moitié droite du cavum par une masse rougeâtre, bourgeonnante. A la rhinoscopie antérieure cette masse semble combler la choane droite.

Le malade a fréquemment des hémorragies nasales et se plaint d'une gêne de la respiration à droite ; il a très souvent des maux de tête. Le début de ces symptômes remonterait à un an environ

Biopsie (n° 147) :

11 sept. 16. Résultat : « Nombreux amas épithéliaux, les uns formant une nappe continue, les autres présentant un axe conjonctif. Les cellules sont larges, atypiques, leurs noyaux sont monstrueux. L'activité karyokinétique est marquée. On note une trame fibrillaire au milieu de laquelle se trouvent des agglomérations leucocytaires (inflammatoires). Epithélioma atypique. Index karyokinétique fort. Réaction défensive nulle. »

30 sept. 26. Il semble que la masse tumorale est moins volumineuse et la respiration est possible bien que diminuée, par la F. N. D. Les céphalées sont toujours violentes ; les hémorragies sont moins abondantes et moins fréquentes.

Radiothérapie :

Du 2 au 7 octobre 26, le malade a reçu 6.000 R sur

la joue droite. Revu par le docteur Lévesque, la tumeur persiste dans le cavum, à droite.

22 mars. Il a terminé une série de 8.000 R. en deux champs (préauriculaire droit et narine droite). Il continue toujours à souffrir de la tête (11 mai).

3 novembre. A encore reçu 5.000 R sur chaque champ, pendant le mois d'octobre. Dose totale de Rayons X. : 24.000 R.

Mais l'amélioration est faible, le malade avait depuis un an de la céphalée, la tumeur fait des progrès, il mourut quelques temps après.

Obs. 19. — *Myxosarcome télangiectasique du cornet inférieur. Résection du cornet. Radiothérapie profonde immédiate. Guérison depuis 5 ans.*

M. Mo..., 42 ans. Fiche O. R. L. 37558. Février 1926. Ce malade nous est envoyé par le docteur Poisson pour tumeur nasale. Le nez qui s'était mis progressivement à grossir d'un côté, présente à l'examen un élargissement à droite au niveau de la branche montante du maxillaire. On voit sur rhinoscopie antérieure une masse volumineuse, dure, rosée et rouge, occupant toute la narine droite, assez régulière, semblant adhérente. Au toucher cette masse présente une dureté très marquée. Au moyen d'un stylet on parvient à la contourner, et cet examen ne provoque pas de saignement.

Intervention (février 1926) : On pratique une résection à l'anse de la masse qui obstrue la F. N. D. Sa grosseur est celle d'une bonne noisette, et son siège correspond à la partie antérieure du cornet inférieur avec sa zone d'insertion remontant à un centimètre environ sur la branche montante. Le reste du cornet inférieur est sain.

Biopsie : Ce fragment correspond :

1° A une bordure malpighienne au complet dont les crêtes épidermiques sont épaissies, élargies, hyperplasiées, sans tendance à la kératinisation ;

2° Un chorion immédiatement sous-jacent et séparé du plan profond par une bande de tissu conjonctif dense ;

3° La partie tumorale présente deux aspects : une partie très active où dans une trame contenant beaucoup de collagène on distingue des cellules sarcomateuses dispersées et en paquets, ou en faisceaux ou formant des groupes alvéolaires, et bourrées de vaisseaux sans paroi ; au centre, partie où les cellules sont plus espacées, tout en ayant les mêmes caractères et où la trame est franchement myxomateuse et angiomateuse. Peu de karyokinèses. Réaction de défense médiocre.

Traitement :

Le malade présentant de la tachycardie, nous écartons la possibilité de placer du radium et on lui fit au Centre six séances de radiothérapie profonde immédiatement après l'opération. Du 15 au 29 février, il reçut 6.000 R.

Revu le 22 mars 1930, la respiration nasale se fait très librement. Il n'y a aucune trace de récidence. La muqueuse est assez saignante à l'emplacement du cornet enlevé. Actuellement, la guérison persiste.

Obs. 20. — *Ostéosarcome du maxillaire supérieur droit.*

Traitement chirurgical et radiothérapique. Guérison.

M^{me} Guil., 29 ans. Fiche O. R. L. N° 39.569. 31 mars 1927.

La malade s'est présentée en mars au service d'oto-

rhino-laryngologie pour obstruction nasale droite, datant de un an. Elle dort la bouche ouverte et ronfle la nuit. L'anosmie est complète. Il n'y a jamais eu de saignements de nez.

A l'examen, la joue droite est légèrement plus volumineuse que la gauche, la fosse nasale droite est complètement obstruée par une tumeur très dure.

A la rhinoscopie postérieure, la choane est obstruée par une tumeur rappelant absolument un polype muqueux, et fait saillie dans le naso-pharynx.

Examen radiographique :

La partie interne du maxillaire supérieur droit et la partie inférieure du squelette du nez sont disparues comme si l'on avait affaire à un sarcome.

Histologie (31 mars 1927) :

Sur la coupe on reconnaît :

1° Du tissu conjonctif (cellules allongées et collagène) ;

2° De nombreuses travées osseuses.

Les cellules allongées sont des cellules fibroblastiques, présentant au sein de la masse des éléments monstrueux, des plasmods multinucléées. Elles sécrètent du collagène. Elles témoignent d'une grande activité.

Les travées osseuses sont formées d'osséine et d'ostéoblastes. A leur pourtour existent des éléments plus volumineux. Pas de canaux de Havers, de canal médullaire ni de moelle osseuse. C'est un tissu en voie d'ossification, mais non de l'os vrai. Il s'agit d'un sarcome ostéogénétique.

Opération (12 mai 1927) :

On pratique par rhinotomie latérale l'ablation d'une tumeur dure, d'aspect polypoïde, occupant tout le sinus maxillaire. Quatre prélèvements sont faits dans cette masse : leur examen histologique montre dans l'ensemble un envahissement tumoral total.

C'est alors que la malade est envoyée au Centre. Au cours du mois de juin, elle reçoit 6.000 R en un champ. A la fin du mois de juillet, la malade, qui se sent beaucoup mieux, présente un excellent état local et général. Cet état se maintient lors de nouveaux examens pratiqués en septembre et novembre.

Obs. 21. — *Epithélioma baso-cellulaire de l'orifice des fosses nasales. Radiothérapie préopératoire. Curettage. Electrocoagulation un mois et demi plus tard. Guéri depuis 3 ans.*

M. Gres..., 47 ans. Fiche O. R. L. 42.751. 8 mars 1928.

Une épistaxis marque le début, en mars 1928, par la fosse nasale droite. Vers avril apparaît un petit polype dans la fosse naviculaire, cautérisé à deux reprises par le docteur Roger, de Vannes.

Biopsie :

Faite le 12 juillet, et qui donne le résultat suivant : « Epithélioma épidermoïde d'architecture papillaire, du type baso-cellulaire. Activité karyokinétique presque nulle. Stroma conjonctif fibrillaire peu abondant par rapport aux masses néoplasiques. Vaisseaux normaux.

Radiothérapie :

Le docteur Cano, radiologiste suppléant du Centre anticancéreux, lui fait six séances de radiothérapie profonde, du 7 au 18 août. Dose : 6.000 R. On ne note pas de réaction cutanée bien nette.

Au niveau de fossette naviculaire se retrouvent des bourgeons papillomateux, on en voit quelques-uns sur la cloison, isolés comme de véritables verrues. Après la radiothérapie les bourgeons s'affaissent, puis regrossissent de nouveau.

Curettage :

Le 18 septembre, on enlève sous anesthésie à la cocaïne, avec une curette tranchante, des bourgeons friables, non saignants et s'enlevant très facilement ; il ne semble pas y avoir de racines profondes.

Une réaction de Wassermann pratiquée le 22 septembre donne un résultat négatif.

Deuxième biopsie :

Résultats identiques à la première (12 juillet).

Le 22 décembre on distingue un petit point, gros comme un pois, au-dessous de la tête du cornet inférieur droit ; il est détruit immédiatement dans une séance de diathermie.

Le malade, revu en avril 1929, est en excellent état. Il ne reste plus rien. Depuis, aucun bourgeon n'est apparu ; la guérison se maintient.

Obs. 22. — *Epithélioma du cornet moyen. Curiethérapie externe. Rhinotomie. Récidive. Deuxième intervention suivie du curiethérapie interne. Pas de récidive depuis 2 ans.*

M. Pic..., 58 ans, manoeuvre. Fiche O. R. L. 31.295. 20 février 1928. Depuis de longs mois la respiration est gênée par la narine droite. Le malade se souvient qu'il y a quatre mois il eut une hémorragie nasale, et depuis il eut de fréquentes épistaxis, assez abondantes. Vers cette même époque, il ressentit de violents maux de tête, localisés dans la région orbitaire droite, tendant à irradier dans l'hémicrâne correspondant.

Par la fosse nasale droite on aperçoit le méat moyen envahi par des polypes saignants, très mous.

Examen histologique (21 février 1928) :

« Epithélioma à cellules atypiques. Nombreuses karyo-

kinèses. Le stroma est très développé, formé de quelques fibroblastes, mais surtout de lymphocytes et de polynucléaires, qui infiltrent d'une façon très marquée certains lobules épithéliomateux. Vaisseaux sanguins de la trame normaux. »

Traitement curiethérapique :

On place, le 14 février, trois tubes de radium de 10 milligr. jumelés, à 3 centimètres de la peau, sur de la cire Colombia.

La durée du traitement est de onze jours, à raison de douze heures par jour. Dose totale le 25 février : 29.70 millicuries-détruits.

Dans la suite, jusqu'au début de juin, on note la disparition des troubles observés (épistaxis, douleurs orbitaires, maux de tête, etc.). Cependant depuis une quinzaine (14 juin 1928) la narine droite recommence à saigner, les douleurs n'ont pas réapparu ; au bout de peu de temps les épistaxis, qui ont été abondantes, cessent, mais l'on constate à l'examen (9 juillet) que la fosse nasale droite est bloquée par suite de déviation de la cloison. A la rhinoscopie postérieure la choane droite semble elle-même obstruée par une hypertrophie du cornet moyen, empêchant la respiration ; au stylet, cette masse, rouge, saigne facilement.

Opération :

Le 20 juillet 1928, on pratique une rhinotomie latérale ; la région ethmoïdale postérieure est remplie de gros bourgeons typiques, mais non saignants. La lame perpendiculaire de l'ethmoïde est détruite jusqu'au contact du sinus sphénoïdal qui paraît sain. Après l'ablation, à la curette, de tous les bourgeons, on a l'impression que l'ethmoïde est bien nettoyé.

Les suites opératoires sont normales. Le 9 août, cependant, on a un peu d'infection au niveau de la cicatrice. Le 8 novembre, les fosses nasales sont en parfait

état de cicatrisation; il n'y a aucun bourgeon saignant.

En février 1929 l'état local est parfait, il n'y a pas de croûtes, mais on remarque quelques bourgeons mollasses dont on extrait un fragment à examiner.

Deuxième biopsie (23 février 1929).

Bourgeon de la région ethmoïdale ne révélant aucune trace d'éléments néoplasiques; le fragment a été débité en entier, chaque coupe présentait le même aspect :

1° Un revêtement épithélial nettement distinct du chorion sous-jacent, formé des belles cellules cylindriques, à cils vibratiles, normales;

2° Un chorion avec tissu conjonctif lâche, parfois très ténu, contenant en abondance des polynucléaires, des phagocytes, fibroblastes et de rares faisceaux conjonctifs avec os vaisseaux gorgés de sang. Glandes muqueuses normales.

Il s'agit d'un lambeau de muqueuse respiratoire œdématisé et enflammé.

Le malade n'est revu que le 14 octobre 1929. Il présente une nouvelle obstruction de sa fosse nasale droite. La partie haute de la cloison est infiltrée, contient des bourgeons; on voit une masse au niveau de la région ethmoïdale.

On profite de sa venue pour lui faire une prise de sang. La réaction de Wassermann est — — — — le Vernes à 0.

Deuxième opération :

Le 7 novembre, on décide d'intervenir et de modifier la technique en appliquant sitôt le curettage les tubes de radium.

Seconde rhinotomie; on tombe sur une masse bourgeonnante, dure, saillante, de la grosseur de deux noix, ayant détruit la partie supérieure et haute de la cloison, et occupant l'ethmoïde postérieure. On met en place quatre tubes de radium de 10 milligr., sans gaine, pendant

quatre jours et demi. Dose totale : 28.8 mcd. (millicuries-détruits).

Troisième biopsie (20 novembre 1929) :

Infiltration de lobules irréguliers, de forme et de volume variés. Les cellules qui les composent sont d'origines épithéliales pavimenteuses atypiques, monstrueuses, très karyokinétiques, plus ou moins dégénérées, parfois même nécrosées.

Entre les lobules trame très développée contenant des lymphocytes et des polynucléaires abondants, des fibroblastes. Autour des vaisseaux nombreux exsudats cellulaires. Certains lobules sont sertis par un anneau conjonctif assez dense qui les étouffe; d'autres sont pénétrés par les éléments cellulaires. Mais jamais on ne voit ceux-ci subir la transformation épithéliale. En somme, épithélioma baso-cellulaire atypique. Résistance moyenne.

Un examen oculaire pratiqué à ce moment donne pour OD 6/10 et pour OG 9/10. Le degré d'acuité visuelle de l'œil droit est dû à un léger dépoli de la cornée, créé par une kératoconjunctivite subaiguë. Champ visuel normal. Pas de diplopie.

Pas de récurrence depuis lors. Le malade vient de nous écrire qu'il est en parfaite santé.

Obs. 23. — *Epithélioma spino-cellulaire de la partie antérieure de la cloison. Guéri depuis deux ans.*

M. Moin..., 25 ans. Fiche O. R. L. 45.076. 2 novembre 1929. A été envoyé par le docteur Acher-Dubois de La Roche-sur-Yon, pour ulcération de la partie antérieure de la cloison, à gauche.

Examiné dans le service d'oto-rhino-laryngologie de Nantes on lui fait une réaction de Bordet-Wassermann

qui a été négative dans le sang, et on prélève un fragment destiné à l'examen histologique.

Biopsie :

Au niveau de l'ulcération, plaque nécrosée avec polynucléaires tourmentés, atrophies en pycnose. Au delà, bordure épithéliale malpighienne épaissie avec crêtes épidermiques hypertrophiées et étalées, la plupart rattachées à la bordure.

Plusieurs lobules sont éloignés de la surface bourrée de cellules atypiques avec monstruosité et karyokinèses irrégulières. Quelques cellules sont noyées dans la cloison au point d'être méconnaissables. Chorion très enflammé. Les glandes participent à cette inflammation.

Epithélioma spino-cellulaire, très enflammé, avec sclérose réactionnelle, assez actif.

Examen :

On aperçoit au niveau de la partie antérieure de la cloison une perforation d'environ 1 cm². Le cartilage est détruit ; les bords de la perforation sont irréguliers, épaissis, surtout à gauche au niveau du bord supéro-postérieur, et à droite au niveau du bord inférieur. Les bords sont bourgeonnants, saignants, non taillés à pic comme dans la syphilis, et rouges surtout à droite.

Traitement :

Commencé le 13 novembre 1929 ; on lui fait à trois reprises des électrocoagulations des bords de l'ulcération.

Revu un an après, le malade montre une perforation large comme une pièce de 50 centimes, mais complètement cicatrisée. Depuis, l'état local n'a pas changé.

Obs. 24. — *Epithélioma baso-cellulaire de la cloison avec envahissement du sinus maxillaire. Radiothérapie profonde. Intervention. Curiethérapie. Guérison depuis un an et demi.*

M. Mou..., 45 ans, menuisier. Fiche O. R. L. 45.550. 30 janvier 1930. Il y a un an environ, il ressent une obstruction nasale progressive, commençant à gauche, et prenant bientôt la fosse nasale droite. Pas de douleurs, mais fréquentes épistaxis.

L'état général est bon, l'appétit conservé, pas d'amaigrissement.

A l'examen, on aperçoit par F.N.D. une masse bourgeonnante occupant toute la moitié de la fosse nasale, adhérente à la cloison et à la partie inférieure.

Par F.N.G., volumineuse masse bourgeonnante, rouge, adhérente à la cloison, sur presque toute la hauteur et se prolongeant en arrière jusqu'à la choane.

A la rhinoscopie postérieure, les deux choanes sont occupées par des bourgeons, particulièrement à gauche. La voûte palatine est infiltrée, bourgeonnante, ulcérée dans sa partie médiane.

Biopsie (3 février 1939) :

On est en présence d'un épithélioma atypique (type baso-cellulaire). Architecture tubulée, karyokinèses nombreuses, régulières et irrégulières. Cellules courtes, étroites, monstrueuses, répandues différemment. Pas d'amas lymphocitaires. Chorion dense par place, lâche en d'autres endroits. Epithélioma baso-cellulaire actif.

Radiothérapie préopératoire :

Le 8 février, le malade a reçu en deux champs, de chaque côté du nez, une dose totale de 8.000 R. Il quitte l'Hôtel-Dieu un peu fatigué, ayant eu cinq ou six hémorragies.

Examiné un mois après (22 mars 1930) les rayons

l'ont amélioré; la respiration nasale est plus libre. Par la fosse nasale droite la tumeur est allongée comme une crête, adhérente à la cloison. A gauche, la partie inférieure de la fosse nasale est occupée encore par une tumeur bourgeonnante adhérente. Les choanes sont toujours obstruées. Un écoulement se manifeste depuis quarante-huit heures par la narine gauche. Dans quelques jours, il sera opéré et traité suivant la méthode mixte.

Un Bordet-Wassermann est négatif. C'est la seconde fois que l'on recherche cette réaction.

Opération (23 mars 1930) :

On enlève deux grosses masses bourgeonnantes occupant la base de la cloison, les choanes. Curettage du plancher des fosses nasales. Toute la cloison est détruite, seul le bord postérieur du vomer persiste. Polypes au niveau des méats inférieurs. On procède à l'ablation des deux cornets inférieurs. La paroi osseuse des sinus est enlevée, mais la muqueuse subsiste. L'éthmoïde est intact.

On place cinq tubes de radium de 10 milligr., sans gaine, en parallèle sur le plancher des fosses nasales, avec treize épaisseurs de gaze. Au bout de cinq jours on retire les tubes. Dose totale : 45 mcd. (millicuries-détruits).

Une seconde biopsie faite alors apporte la même réponse : Epithélioma baso-cellulaire, en plus, quelques amas lymphocytaires.

Le malade ressent de violentes douleurs névralgiques qui persistent pendant trois mois. Il élimine de volumineuses croûtes à odeur typique d'ozène.

Le 29 septembre 1930 il est très bien, n'a plus de douleurs. On aperçoit au niveau de la partie médiane de la voûte palatine, une toute petite perforation.

Revue en 1931. La fosse nasale est en très bon état,

ne présente pas de récurrence visible, quelques croûtes et débris osseux sont encore éliminés.

Obs. 25. M. C..., 48 ans.

Est adressé au docteur Castagnary par notre confrère, le docteur Soulaïne, de Saint-Nazaire, aux fins de biopsie,

Cet homme qui depuis quelques années travaille plusieurs mois par an au goudronnage des routes présente depuis quelques temps un gonflement persistant et peu douloureux de l'aile gauche du nez. La région est rouge, luisante, d'aspect inflammatoire. Une première biopsie fait croire effectivement à des lésions de cet ordre.

Cependant les phénomènes s'accroissent; la région malaire est envahie par le gonflement; des ganglions sous-maxillaires bilatéraux apparaissent, le malade souffre et présente des épistaxis à répétition.

Une deuxième biopsie, le 17 mai 1926, montre qu'il s'agit d'un sarcome lymphoblastique. Le sujet nous est adressé le 21 et commence de suite son traitement radiothérapique.

Du 21 au 30 mai, il reçoit six irradiations : cinq sur le nez, une sur les ganglions sous-maxillaires droits. Quand il nous revient un peu tardivement le 7 juin, le nez a repris sa forme normale; une seule épistaxis s'est produite depuis la dernière séance.

Le ganglion sous-maxillaire droit a diminué, mais le gauche a fortement augmenté.

Du 7 au 17 juin, les deux zones ganglionnaires reçoivent à elles deux huit séances; au total 3.900 R. sur la région sous-maxillaire gauche, 4.300 sur la région sous-maxillaire droite, 5.600 sur le nez et la région malaire : en tout 13.800 R. filtration 10 mm., aluminium. Champs

10 cm. de diamètre. Mêmes caractéristiques que pour les deux malades précédents.

Quand le malade nous a quittés le 17 juin, les lésions nasales et malaires avaient totalement disparu; la peau de la région était seulement encore rouge; le ganglion gauche avait totalement fondu; le droit était en bonne voie de régression. Malheureusement le sujet succombait le 9 juillet à une hémorragie intestinale foudroyante, n'ayant présenté pour tout symptôme depuis une dizaine de jours que quelques coliques après les repas.

Aucun examen de sang n'avait été pratiqué.

Examen de la deuxième biopsie :

Epithélium de revêtement presque totalement détruit. Tumeur formée de cellules rondes de petites dimensions les unes à type de lymphocyte, les autres tendant vers le type lymphoblastique; elles sont disposées au sein d'une masse amorphe précollagène, *sans tissu conjonctif ou réticulé. Activité karyokinétique marquée. Quelques monstruosités nucléaires.* Nombreux vaisseaux à large lumière, à simple paroi endothéliale. Les éléments tumoraux infiltrent toute la partie profonde du derme et détruisent les glandes sudoripares. Sarcome lymphoblastique.

Obs. 26.

Mme Blouch..., 28 ans, nous est adressée le 11 novembre 1927, par notre confrère, le docteur David, de Cholet, pour sarcome lymphoblastique de la narine gauche, ainsi qu'en témoignait la biopsie déjà faite.

La malade présentait depuis quelques semaines un gonflement considérable de toute la narine gauche, allant de la racine à l'extrémité, et progressivement apparu. Lors de notre examen, la pommette et l'angle de l'œil

gauche étaient envahis; la peau était très rouge, d'aspect inflammatoire, une ulcération s'était formée au voisinage de l'œil et la pression y faisait sourdre du pus.

Le visage présentait un aspect véritablement grotesque.

La narine gauche était complètement obstruée : il s'en écoulait fréquemment des sécrétions sanieuses et sanguinolentes répandant une odeur infecte.

Pas de ganglion perceptible.

Aucune élévation thermique importante; état général peu atteint, quoique la malade fût enceinte et proche du terme.

Du 11 au 15 novembre, nous administrons en séances journalières, 4.500 R, directement appliqués sur la narine gauche et la région voisine. Filtre, 10 mm. Aluminium.

Du 18 au 20, irradiations obliques par la face latérale droite du nez; filtre 0,5 mm. zinc et 3 mm. aluminium.

Enfin le 21, la malade reçoit 500 R sur la racine du nez et l'angle de l'œil gauche.

Au total 6.900 R.

Nous pouvions constater déjà le 18, une régression notable des lésions. Le 19, la narine se débouche, éliminant des débris sphacelés et nauséabonds. Toutefois les hémorragies ont cessé.

La malade qui était repartie chez elle nous revient le 1^{er} décembre, avec un visage sensiblement normal; la peau de la région malade est encore rouge, mais la plaie est complètement cicatrisée. La narine gauche est dégagée, quoiqu'elle soit encore le siège de sécrétions abondantes.

L'état général est assez bon; la malade ne paraît pas trop fatiguée de ses irradiations.

Malheureusement sont apparus de chaque côté des ganglions rétroauriculaires, le gauche étant le plus volu-

mineux et le corps thyroïde a augmenté de volume d'une façon appréciable.

Nous administrons alors 1.000 R sur le ganglion du côté gauche, mais ne pouvons décider la malade à rester de nouveau à Nantes. Elle s'obstine à se croire sauvée; elle meurt le 1^{er} janvier, moins de deux mois après sa première visite à notre cabinet.

Examen de la biopsie :

Tumeur composée de cellules rondes, de dimensions inégales, à gros noyau riche en chromatine et à protoplasma légèrement basophile. *Absence de tissu réticulé. Activité karyokinétique très marquée.* Nombreux capillaires néoformés à paroi endothéliale simple. Certains contiennent des cellules néoplasiques. Envahissement des glandes et de l'épithélium de revêtement. Sarcome lymphoblastique.

Aucun examen de sang n'a été pratiqué.

CONCLUSIONS

De cette étude, il ressort nettement que dans le traitement des tumeurs maxillo-faciales, qu'il s'agisse de sarcomes ou surtout d'épithéliomas, il est exceptionnellement possible d'obtenir leur guérison par la chirurgie seule ou la physiothérapie ; dans quelques observations, nous voyons cependant la curiethérapie seule nous donner plus de satisfaction que la radiothérapie.

L'association du chirurgien et du radiologue permet au contraire, en de nombreux cas, d'arriver à un heureux résultat.

Sur les dix-neuf malades traités de cette façon, nous n'avons eu que quatre morts ; nous avons précisé, au début de chaque chapitre, la durée de chaque guérison.

L'on peut même se demander, en examinant les deux observations de sarcomes lymphoblastiques ci-jointes, si les tumeurs lymphoïdes du naso-pharynx ne pourraient, dans certains cas, bénéficier elles aussi de la méthode.

Nous avons signalé, en passant, les complications survenues en cours du traitement radio-chirurgical.

La technique n'est donc pas sans danger, et nous pensons que certains de ces inconvénients sont évitables, que, seule, une pratique plus longue pourra probablement nous en mettre à l'abri : tamponnement trop serré, doses radio-actives trop fortes pour l'âge et les forces du sujet, état trop avancé des lésions. L'avenir nous l'apprendra.

Nous avons voulu montrer ici quel était l'état actuel de la technique suivie au Centre Anticancéreux de Nantes et au Service d'oto-rhino-laryngologie de notre maître, le D^r Texier, et les heureux résultats d'une collaboration étroite entre ces deux Services.

Vu, le Doyen,
BALHAZARD.

Vu, le Président de la thèse
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

